

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



MÁSTER OFICIAL EN CIENCIAS ODONTOLÓGICAS

DIPLOMA DE ESTUDIOS AVANZADOS (DEA):

PATOLOGÍA ORAL OBSERVADA EN LA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA
UCM EN EL PERIODO 2007-2011.

ALUMNO: Santiago De Vega Calleja

TUTORA: Dra. Rocío Cerero Lapiedra

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	3
1.1. Justificación.....	4
1.2. Objetivos.....	5
2. ANTECEDENTES.....	6
3. PACIENTE Y MÉTODO.....	12
4. RESULTADOS.....	17
5. DISCUSIÓN.....	25
6. CONCLUSIONES.....	33
7. BIBLIOGRAFÍA.....	34

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades de la mucosa oral tienen una variada etiopatogenia y pueden ser causadas por factores locales (bacterianos o víricos), por desórdenes sistémicos (metabólicos o inmunológicos), por reacciones relacionadas con fármacos o por malos hábitos como el consumo de tabaco o alcohol (1).

El patrón actual de las enfermedades orales refleja diferencias entre los distintos países debido en parte a factores relacionados con las condiciones, los estilos de vida, los factores ambientales y a la existencia de programas preventivos (2).

Dentro de este heterogéneo grupo de enfermedades, algunas son precancerosas, y en base a esto la Organización Mundial de la Salud, en 1978, estableció dos nuevos conceptos: lesión precancerosa y condición precancerosa (3). Sin embargo, esta clasificación fue desechada tras las afirmaciones de Warnakulasuriya y van der Waal, apareciendo el término “desórdenes potencialmente malignos” (4,5). Dentro de estos desórdenes, la leucoplasia y la eritroplasia son los más comunes y los que más riesgo de malignización presentan (5). Por otro lado, también se debe prestar atención a otros procesos como son el liquen plano y la queilitis actínica como posibles antesalas del cáncer (5).

En la cavidad oral conviven numerosas estructuras y tipos de tejidos, y es muy frecuente que la patología no dentaria pase desapercibida. Por ello, ante todo paciente que acude a la consulta, se debe llevar a cabo una exploración exhaustiva de toda la cavidad bucal, además de conocer perfectamente su historia clínica para identificar correctamente la patología.

El odontólogo es el profesional sanitario que con más facilidad puede realizar este diagnóstico. A pesar de esto, no se ha establecido quién es el profesional encargado de abarcar este tipo de patología. Resolver este problema es primordial, ya que existen lesiones con potencial maligno, cuyo diagnóstico precoz es clave, incluso para la vida del paciente. El dentista debe tomar conciencia de esto y debe estar preparado para llevar a cabo su diagnóstico, o como mínimo, derivarlo a un especialista en caso de sospecha.

El presente trabajo es un estudio sobre la patología vista en el Departamento Medicina y Cirugía Bucofacial de la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid en los últimos cuatro años.

JUSTIFICACION

Los estudios de prevalencia son importantes para establecer protocolos de actuación y conocer las necesidades de tratamiento. En España hay pocos estudios que muestren la epidemiología de esta patología no dentaria. Los datos proporcionados por este tipo de trabajos son difícilmente extrapolables a otras poblaciones debido a la influencia de variables como la raza, la edad, el sexo, los hábitos de vida, etc. Por ello resulta fundamental llevar a cabo un mayor número de análisis con el objetivo de establecer la frecuencia con la que se presentan estas enfermedades.

OBJETIVOS

Los objetivos que se plantean en este trabajo son tres:

- Estudiar la prevalencia de las distintas enfermedades de la mucosa oral entre 2007 y 2011.
- Comparar estos datos con los obtenidos en dos estudios anteriores realizados por este mismo departamento en el 2001 y en el 2006, correspondiendo a los periodos de 1989 a 2001 y de 1996 a 2006, respectivamente.
- Comparar los resultados con los publicados en otros estudios.

ANTECEDENTES

Las lesiones de la cavidad oral constituyen un grupo muy grande de alteraciones diferentes tanto por su etiología, características clínicas, pronóstico y manejo (6).

Aunque en ocasiones es posible establecer un diagnóstico clínico, en la mayoría de los casos es fundamental realizar pruebas complementarias que aporten la información necesaria para llevar a cabo un diagnóstico definitivo, como la biopsia, herramienta de gran utilidad (7).

Revisando estudios de prevalencia, hemos encontrado datos procedentes de la mayor parte del mundo, sin embargo, de la Comunidad de Madrid solo existen los publicados por nuestro grupo anteriormente.

De la población americana destacamos cinco. Por un lado tenemos el de Bouquot y cols. (8) en 1986, que realizaron un estudio sobre 23.616 individuos pertenecientes a la población blanca estadounidense, obteniendo que más del 10 % presentaba al menos una lesión oral. La aparición clínica más frecuente fue la masa exofítica única, constituyendo el 37,4% de todas las lesiones. La leucoplasia fue la entidad más prevalente en hombres (45,2 por mil) y el torus palatino o mandibular en mujeres (30 por mil). Llevaron a cabo 349 biopsias que representaban el 11,6% de todas las lesiones que examinaron.

En Méjico, Castellanos y cols. (9) llevaron a cabo un estudio sobre 23.785 sujetos observados en el departamento de medicina oral de una facultad de odontología,

comprendidos entre 15 y 97 años de edad. En éste, las lesiones más comunes fueron las blancas, las rojas y las ulceradas, la mayoría asociadas a factores irritativos crónicos. Los resultados mostraron una mayor prevalencia en varones, presentando un mayor índice el leucoedema (146,07 por mil), la queratosis friccional (50,71 por mil) y la úlcera traumática (44,79 por mil). Por otra parte, las lesiones más prevalentes en mujeres fueron el leucoedema (86,85 por mil), la úlcera traumática (38,17 por mil) y el eritema traumático (26,61 por mil).

Moret y cols. (10) realizaron un estudio retrospectivo donde analizaron 2.251 historias clínicas pertenecientes a los pacientes de una universidad de Venezuela. En ellas encontraron que las patologías más frecuentes fueron la leucoplasia (15.2%), la hiperplasia fibrosa (12.8%) y el fibroma traumático (10.5%). El sexo femenino fue el más afectado (68.6%).

Espinoza y cols. (11) y Raposo y cols. (12) analizaron a la población chilena. El primero es un estudio realizado en la ciudad de Santiago sobre individuos mayores de 65 años, y en el obtuvieron que las lesiones más frecuentes fueron la estomatitis protésica (22.3%), la hiperplasia irritativa (9.4%) y las varices de la mucosa oral (9%). El segundo se llevó a cabo sobre los pacientes de un hospital de la ciudad de Temuco, en el cual determinaron que las patologías más frecuentes fueron los gránulos de Fordyce (30%), la candidiasis atrófica (14.33%) y la mácula melanótica (13.67%).

En Asia destacamos dos. En primer lugar tenemos un estudio realizado en una facultad de odontología situada en el sur de la India sobre 1190 individuos, donde el 41,2% presentaron una o más lesiones, siendo las más prevalentes los gránulos de Fordyce (6,55%), la queratosis friccional (5,79%) y la lengua fisurada (5,71%). Las

lesiones relacionadas con el tabaco, como la leucoplasia, el paladar del fumador o la fibrosis submucosa, aparecieron con mayor frecuencia en varones, mientras que la estomatitis protésica, el herpes labial y la queilitis angular fueron más comunes en mujeres (13).

En Malasia se llevó a cabo un estudio poblacional donde se examinaron 11.707 sujetos mayores de 25 años, de los cuales el 40,2% eran varones y el 59,8 mujeres, mostrando el 9,7% al menos una lesión oral. El 1,4% fueron lesiones precancerosas y se encontraron cinco casos de cáncer (0,04%) (14).

En un estudio realizado sobre los pacientes de un hospital de Sudán (15) en 2011, que tenía como objetivo ver la correlación entre las lesiones de la mucosa oral y las enfermedades dermatológicas, se analizaron 315 individuos con alteraciones en la piel. En éste se observó que las lesiones linguales fueron las más prevalentes (23,3%), seguidas de las lesiones blancas (19,1%).

Por último, cinco estudios realizados sobre la población europea. En el 2006, Jones y cols. (16) analizaron, en un periodo de 30 años, 44.000 especímenes de patología oral y maxilofacial procedentes de la población europea (a partir de 17 años), enviados a su laboratorio para llevar a cabo el diagnóstico. La hiperplasia fibrosa fue el diagnóstico más común (40,8%), con una prevalencia similar a la encontrada por Weir y cols. (17). La segunda más frecuente fue el liquen plano (18,8%), seguida de la hiperqueratosis (15,7%).

En el año 2000, se llevó a cabo un estudio sobre la prevalencia de las lesiones orales en Eslovenia, en el cual fueron observados 1609 sujetos entre 25 y 75 años donde

el 61,6% presentaron una o más lesiones. De igual manera que en el estudio anterior, las lesiones relacionadas con el tabaco fueron más frecuentes en varones y, por otro lado, el liquen plano, la estomatitis protésica y el herpes labial lo fueron en mujeres. La estomatitis protésica, la lengua fisurada, las lesiones blanquecinas, las varices y los mucocelos aumentaban su incidencia con la edad. Las entidades más prevalentes fueron los gránulos de Fordyce (49,7%), la lengua fisurada (21,1%) y las varices (16,2%) (18).

En Italia, Campisi y cols. (19) identificaron lesiones en la mucosa oral en el 81,3% de los 118 varones que observaron. Las lesiones más prevalentes fueron la lengua saburral (51,4%), la leucoplasia (13,8%), las lesiones traumáticas (9,2%) y la queilitis actínica (4,6%).

En Turquía se analizaron 776 individuos cuya prevalencia fue del 15,5%. Los resultados fueron que las enfermedades orales más frecuentes eran las variaciones de la normalidad, las lesiones linguales y las úlceras (20).

Para finalizar, dos estudios realizados en nuestro país. Sixto y cols. (7) analizaron a 562 individuos a los que se les practicó un diagnóstico histopatológico. Los resultados obtenidos determinaron que la lesión más frecuente era el quiste radicular (16,7%), seguido de la leucoplasia (15,5%) y el liquen plano (14,1%). Por otro lado, Martínez y cols. (21) llevaron a cabo un estudio sobre los pacientes que acudieron a la Escuela de Estomatología de Oviedo. La patología diagnosticada con más frecuencia fue la pigmentación melánica (24,6%), seguida de la queratosis friccional (11,5%), la línea alba (10,7%), la mucosa mordisqueada (6,8%) y la úlcera traumática (4,7%).

Fotografías correspondientes a las lesiones más frecuentes detectadas en este estudio.



Imagen 1. Enfermedad Liquenoide Oral.



Imagen 2. Enfermedad Liquenoide oral.



Imagen 3. Liquen plano reticular



Imagen 4. Lesión exofítica benigna.

Fotografías correspondientes a las lesiones más frecuentes detectadas en este estudio (continuación).



Imagen 5. Lesión exofítica benigna.



Imagen 6. Leucoplasia.



Imagen 7. Leucoplasia homogénea

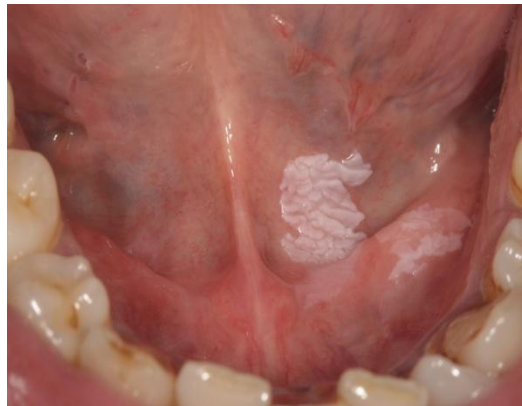


Imagen 8. Leucoplasia

PACIENTES Y MÉTODO.

Se han incluido todos los pacientes que han acudido al Departamento Medicina y Cirugía Bucofacial de la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid durante el periodo comprendido entre Enero de 2007 a Diciembre de 2011.

Por tanto, para llevar a cabo este estudio se ha seguido un muestreo no probabilístico de casos consecutivos donde la información utilizada se recopiló de la base de datos del departamento.

Como criterio de inclusión tenemos aquellos pacientes que fueron remitidos a la facultad durante el periodo de tiempo establecido anteriormente. Los criterios de exclusión son: historias clínicas incompletas o en las que faltaba algún dato importante, y aquellos pacientes que no hayan acudido a la cita necesaria para el establecimiento del diagnóstico definitivo.

Cada lesión fue evaluada clínicamente por varios profesionales cualificados y en caso de que fuera necesario, se realizaron las pruebas complementarias pertinentes.

Con el objetivo de facilitar el análisis de los datos, las enfermedades fueron agrupadas en 22 grupos (Figura 1). Esta distribución se ha llevado a cabo basándonos en dos estudios anteriores realizados por este departamento, de manera que facilitará la posterior comparación, aunque existe alguna modificación que se explica a continuación.

Siguiendo con la propuesta realizada en 2008 por el Profesor José Manuel Aguirre (18) de diferenciar los distintos procesos orales que muestran característicamente “pápulas blancas reticulares de la mucosa oral”, a los que agrupó bajo la denominación de “Enfermedad Liqueñoide Oral”, se ha llevado a cabo una distinción entre liquen plano oral (LPO) y lesión liquenoide oral (LLO), entendiendo por LLO aquel proceso que no cumple con todos los requisitos clinicopatológicos típicos del LPO (19,20). Para ello se siguieron los criterios clínicos e histopatológicos, que son un modificado de van der Meij y van der Waal (21) (Figura 2). Dentro del grupo dolor facial tenemos las neuralgias y el Síndrome de Boca Ardiente (SBA). La entidad lesiones exofíticas benignas (LEB) incluye papilomas, hiperplasias epiteliales, mucocelos, hemangiomas, ránulas, lipomas, diapiqueusias, etc. Las leucoplasias están todas en un mismo grupo, incluidas las leucoplasias verrucosas proliferativas (LVP) que, para llevar a cabo la diferenciación de estas últimas, se procedió de manera similar que en la ELO, siguiendo unos criterios diagnósticos (22) (Figura 3). Entre las alteraciones de las glándulas salivales tenemos las hiposalias y xerostomías, el Síndrome de Sjögren, las sialoadenitis, las parotidomegalias, etc. El grupo pseudopatología lingual lo constituyen las lenguas fisuradas, geográficas y escrotales, la glositis rómbica, etc. Los ítems de candidiasis y estomatitis aftosa recurrete (EAR) incluyen los distintos tipos de candidiasis y de enfermedades aftosas, respectivamente. En el grupo causa dentaria se incluyeron todas las patologías de origen dentario, como son los abscesos, las fístulas o los quistes. En

lesiones vesículo ampollosas se agrupan penfigoides, pénfigos y eritemas exudativos multiformes. Los grupos restantes siguen un orden decreciente relacionado con la frecuencia con la que fueron encontrados.

Con todo esto, se procedió a organizar todos los datos en relación a la patología, al sexo, a la edad y a la procedencia del paciente.

Todos los resultados obtenidos fueron sometidos a un análisis estadístico mediante el programa SPSS 12.0 para Windows Xp.

PATOLOGÍA

- | | |
|--|------------------------------------|
| 1. Enfermedad Liquenoide Oral | 10. Causa Dentaria |
| a. Liquen Plano Oral | 11. Lesiones Vesículo Ampollosas |
| b. Lesión Liquenoide Oral | 12. Queilitis |
| 2. Dolor facial | 13. Lesiones por Virus |
| 3. Lesiones Exofíticas Benignas | 14. Lesiones Óseas |
| 4. Leucoplasia | 15. Lesiones Pigmentadas |
| a. Leucoplasia Verrucosa Proliferativa | 16. Lesiones por bacterias |
| 5. Alteraciones Glándulas Salivales | 17. COCE y otros procesos malignos |
| 6. Pseudopatología Lingual | 18. Gingivitis Descamativa Crónica |
| 7. Lesiones Traumáticas | 19. No patología |
| 8. Candidiasis | 20. Otras |
| 9. Estomatitis Aftosa Recurrente | |

Figura 1. Grupos.

Criterios clínicos:

- Lesiones papulares blanquecino-grisáceas bilaterales simétricas.
- Lesiones ulceradas, erosivas, atróficas, bullosas y en placa (solo consideradas en presencia de lesiones pápulo-reticulares en alguna zona de la mucosa oral).

Criterios histológicos:

- Presencia de un infiltrado inflamatorio crónico en banda en el corion, principalmente linfocitario.
- Signos de degeneración de la capa basal epitelial.
- Ausencia de displasia epitelial.

Diagnóstico final de LPO o LLO:

- El diagnóstico será de LPO cuando reúna todos los criterios clínicos e histopatológicos anteriores.
- El diagnóstico de LLO se utilizará en los siguientes casos:
 - o Clínicamente típico pero histológicamente solo compatible.
 - o Histológicamente típico pero clínicamente compatible.

Figura 2. Criterios clínicos histopatológicos de LLO y LPO (modificado de van der Meij y van der Waal).

Criterios mayores:

- A. Lesión leucoplásica con más de dos localizaciones diferentes, la cual aparece de manera más frecuente en encía, proceso alveolar y paladar.
- B. Existencia de una zona verrucosa.
- C. Que las lesiones se hayan extendido ó aumentado durante el desarrollo de la enfermedad.
- D. Recurrencia en una zona tratada previamente.
- E. Histológicamente puede aparecer desde una simple hiperqueratosis epitelial hasta una hiperplasia verrucosa, un carcinoma verrucoso ó un carcinoma oral de células escamosas, ya sea in situ o infiltrativo.

Criterio menores:

- A. Lesión leucoplásica oral que ocupa al menos 3 cm al unir todas las zonas afectadas.
- B. Paciente femenino.
- C. Que el paciente (hombre o mujer) no sea fumador.
- D. Periodo de evolución de la enfermedad superior a 5 años.

Con el fin de hacer un diagnóstico de LVP, se sugiere que alguna de las siguientes combinaciones de los criterios mencionados anteriormente se produzca:

1. Tres criterios mayores (estando el E entre ellos) ó
2. Dos criterios mayores (estando el E entre ellos) + dos criterios menores.

Figura 3. Criterios clínicos histopatológicos de LVP.

RESULTADOS

Se atendieron 396 pacientes nuevos y se realizaron 128 biopsias desde 2007 hasta 2011. Se analizaron un total de 407 lesiones, de las cuales 261 (64.1%) se presentaron en mujeres y 146 (35.9%) en hombres. La edad media de estos pacientes fue de 53.3 con una desviación estándar de 16.2 años (rango 7-99).

La patología **más frecuente** fue la ELO con un 16.7%. Dentro de ésta, el 51.5% fueron diagnosticados como LPO y el 48.5% como LLO. La siguiente entidad con mayor frecuencia fue el dolor facial (16.2%), grupo formado principalmente por el SBA con un 84.8%. Las LEB constituyeron el 12.3%. El 11.3% de las lesiones corresponde al grupo de leucoplasia, dentro del cual se sitúa la Leucoplasia Verrucosa Proliferativa (LVP), constituyendo el 21.7%. Con un porcentaje similar tenemos a las alteraciones de las glándulas salivales, las lesiones traumáticas y la pseudopatología lingual, con un 7.4%, 6.6% y 6.6% respectivamente. De este último grupo, el 48.1% fueron lengua geográfica, siendo la entidad más frecuente. Los casos de candidiasis se dieron en un 5.4%, mientras que los EAR en un 4.2% y la lesiones con causa dentaria en un 2.9% (Tabla N°1).

La patología **menos frecuente** se halló con unos índices de frecuencia entre 2/100 y 0.2/100 del total de la muestra y en orden de aparición decreciente, hemos encontrado: lesiones vesículo ampollosas, queilitis, lesiones por virus, lesiones óseas, lesiones pigmentadas, lesiones por bacterias, COCE y otros procesos malignos, y finalmente, Gingivitis Descamativa Crónica (GDC) (Tabla N°1).

El grupo “No patología” (1.0%) y el grupo “Otras” (2.7%) corresponden respectivamente a aquellos pacientes donde no se determinó patología alguna y a aquellas lesiones que no se pudieron encuadrar dentro de las entidades establecidas (Tabla N°1).

La patología **más frecuente** en **mujeres** fue el dolor facial (22.2%) y en **hombres** las LEB y las leucoplasias (17.1%). Los grupos donde se observaron mayores diferencias entre un sexo y otro fueron el dolor facial y la ELO, siendo los dos más frecuentes en mujeres con un 22.2% (14.3% del total) y un 20.3% (13.0%), frente al 5.5% (2.0%) y 10.3% (3.7%) en varones (Tabla N°1).

Las lesiones se presentaron con mayor frecuencia entre los 60 y 69 años (24.1%), entre los 50 y 59 (21.1%), entre los 40 y 49 (18.7%) y entre los 70 y 79 (14.5%) (Tabla N°2). La ELO mostró un porcentaje mayor en la sexta década (36.8%), igual que el dolor facial (27.3%), mientras que las LEB en la cuarta (24%), siendo la entidad más repetida en pacientes jóvenes (50%). Las leucoplasias presentaron unos valores similares entre los 40 y 70 años, constituyendo el 80.4% de todas ellas, de manera que el promedio de las tres décadas fue un 26.8%. Las alteraciones de las glándulas salivales se presentaron un mayor número de casos en la séptima década (23.3). La pseudopatología lingual junto a las lesiones traumáticas aparecieron con mayor frecuencia en entre los 50 y 59 años, con un 25.9% y un 29.6% respectivamente. Entre la quinta y la sexta década se observaron el 54.5% de las candidiasis, siendo igual el número de casos en cada una. La EAR presentó su porcentaje más alto en la segunda década (41.2%). Las lesiones por causa dentaria mostraron la misma frecuencia entre la

cuarta y quinta década, constituyendo entre ambas el 50% de todas. Las lesiones vesículo ampollas mostraron el mayor número de casos en la sexta década (50%). La queilitis presentó una mayor frecuencia en la sexta y séptima década con un 40% en cada una, mientras que las lesiones causadas por virus en la sexta (60%). El resto de entidades mostraron un porcentaje similar en los distintos grupos de edad.

La **distribución** según la **década** fue la siguiente: entre los 90 y 99 años solamente se observaron dos lesiones, una perteneciente al grupo de LEB y otro al de causa dentaria; entre los 80 y 89 la entidad más frecuente fue la pseudopatología lingual (33.3%); entre los 70 y 79 el dolor facial (27.1%); entre los 60 y 69 la ELO (25.5%) y el dolor facial (18.4%); entre los 50 y 59 la ELO (16.5%), el dolor facial (16.5%) y la leucoplasia (15.3%); entre los 40 y 49 la leucoplasia (17.1%), la LEB (15.8%) y la ELO (15.8%); entre los 30 y 39 el dolor facial (19%) y la LEB (16.7%); entre los 20 y 29 la EAR (30.4%) y las alteraciones de las glándulas salivales (21.7%); entre los 10 y 19 la LEB (50%) y finalmente, entre los 0 y 9 años la EAR, con un solo caso encontrado. De tres individuos (0.7%) no se pudo determinar la edad.

Se realizaron 128 **biopsias** y los diagnósticos más frecuentes fueron la ELO, la leucoplasia y las LEB, representando el 28.9% las dos primeras y el 22.7% la última de todas ellas. En 279 lesiones no fue necesario diagnóstico histopatológico para llegar a un diagnóstico definitivo, destacando el grupo de dolor facial donde no se realizó en ninguno de los casos.

La tabla N°3 muestra la relación de pacientes en cuanto a su procedencia, donde se observa que la mayoría fueron enviados por otros profesionales (83.6%).

DIAGNÓSTICO	TOTAL	%	MUJERES	% TOTAL	HOMBRES	%TOTAL
ELO	68	16.7	53	13.0	15	3.7
LPO	35	51.5*	(26)		(9)	
LLO	33	48.5*	(27)		(6)	
Dolor Facial	66	16.2	58	14.3	8	2.0
L. Exofíticas Benignas	50	12.3	25	6.1	25	6.1
Leucoplasia	43	11.3	21	5.2	25	6.1
LVP	10	21.7*	(6)		(4)	
A. Glándulas Salivales	30	7.4	21	5.2	9	2.2
P.Lingual	27	6.6	16	3.9	11	2.7
L. Traumáticas	27	6.6	12	2.9	15	3.7
Candidiasis	22	5.4	14	3.4	8	2.0
EAR	17	4.2	10	2.5	7	1.7
Causa Dentaria	12	2.9	8	2.0	4	1.0
L.Vesículo Ampollosas	8	2.0	5	1.2	3	0.7
Queilitis	5	1.2	2	0.5	3	0.7
L. por Virus	5	1.2	3	0.7	2	0.5
L. Óseas	4	1.0	3	0.7	1	0.2
L. Pigmentadas	2	0.5	-	-	2	0.5
L. por Bacterias	1	0.2	1	0.2	-	-
COCE y otros proc.malig.	1	0.2	-	-	1	0.2
GDC	1	0.2	1	0.2	-	-
No patologia	4	1.0	2	0.5	2	0.5
Otras	11	2.7	6	1.5	5	1.2
TOTAL	407		261		146	

Tabla 1. Frecuencia de las diferentes patologías y distribución según el sexo.

*: % dentro del grupo. (): Número de casos dentro del grupo.

ELO: Enfermedad Liquenoide Oral; LPO: Liqueen Plano Oral; LLO: Lesión Liquenoide Oral;

LVP: Leucoplasia Verrucosa Proliferativa; L: lesiones; A: Alteraciones;

Proc. malig.: Procesos malignos.

Frecuencia de aparición

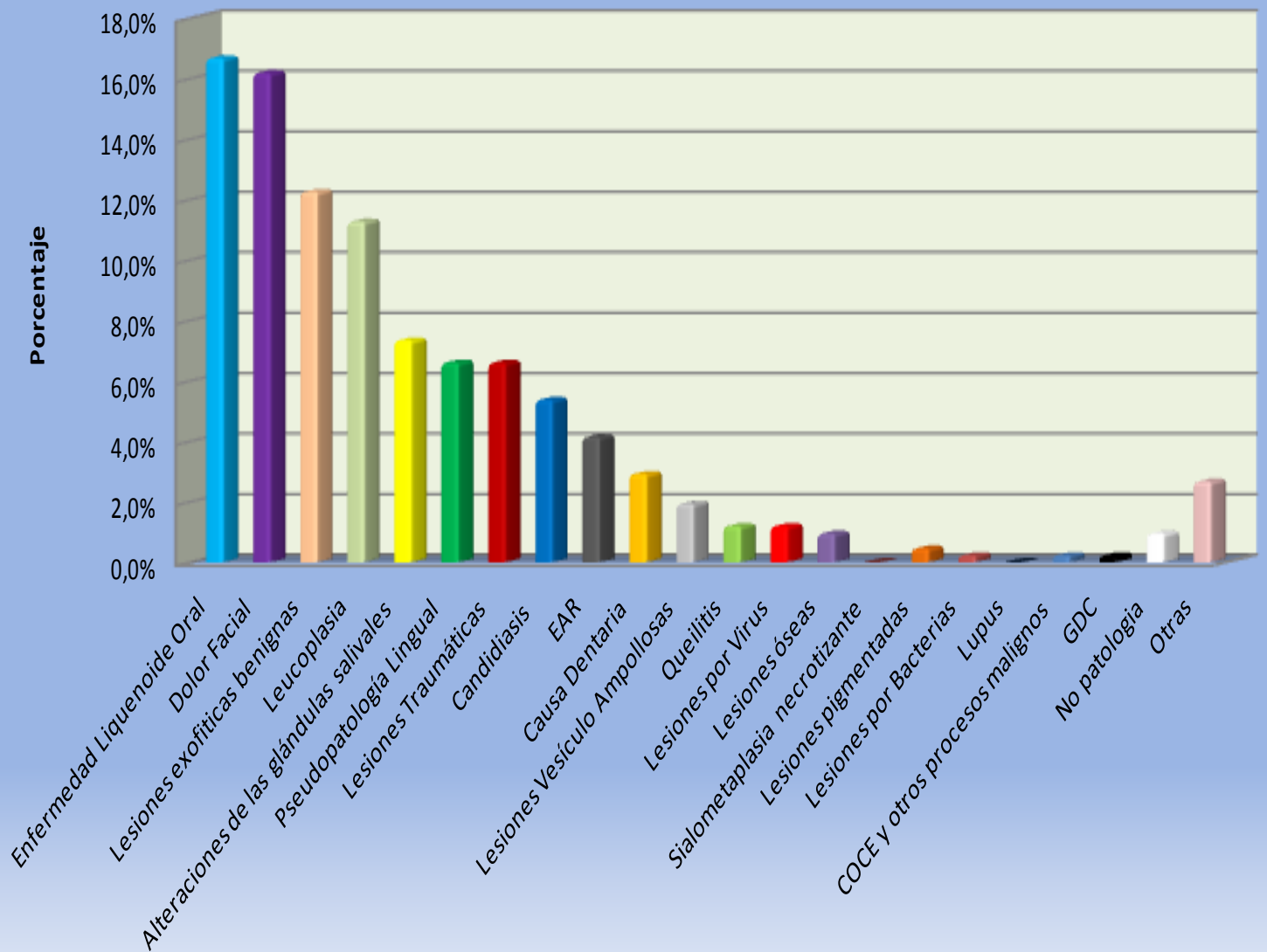


Figura 4. Frecuencia de aparición.

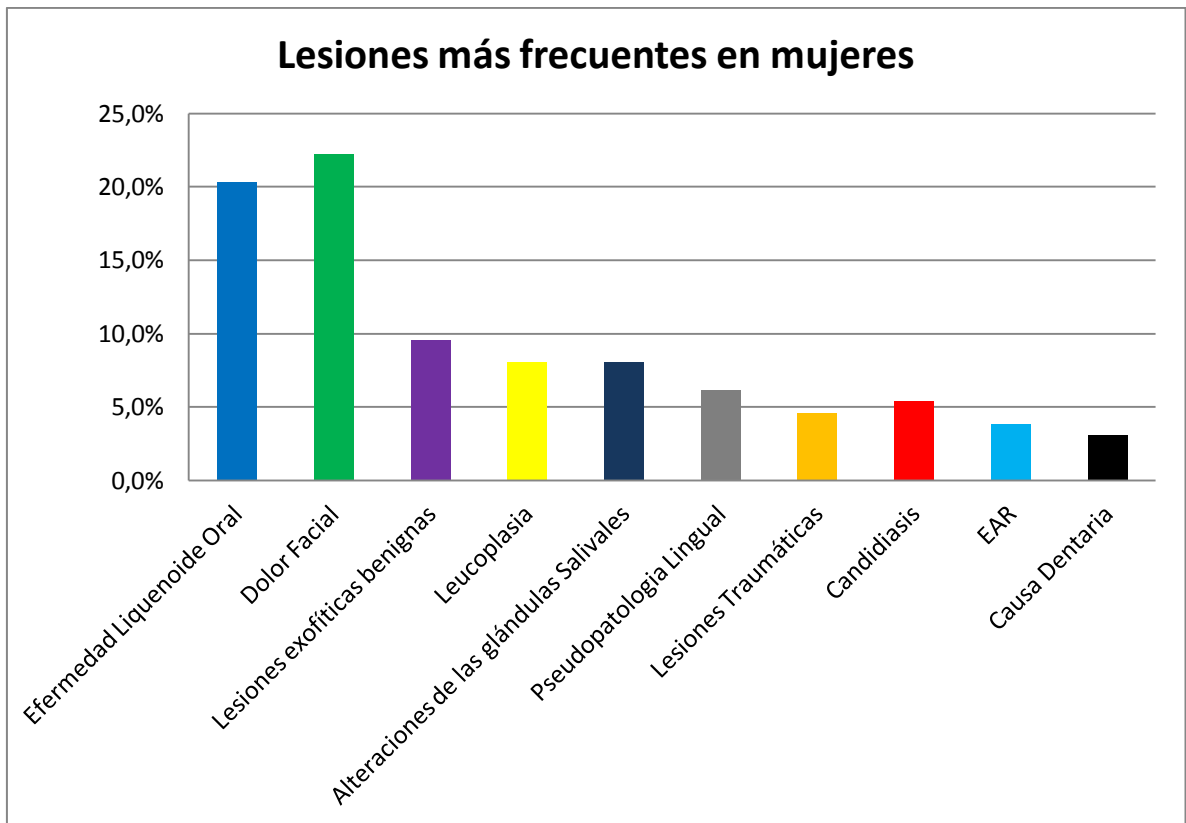


Figura 5. Las 10 lesiones más frecuentes en mujeres.

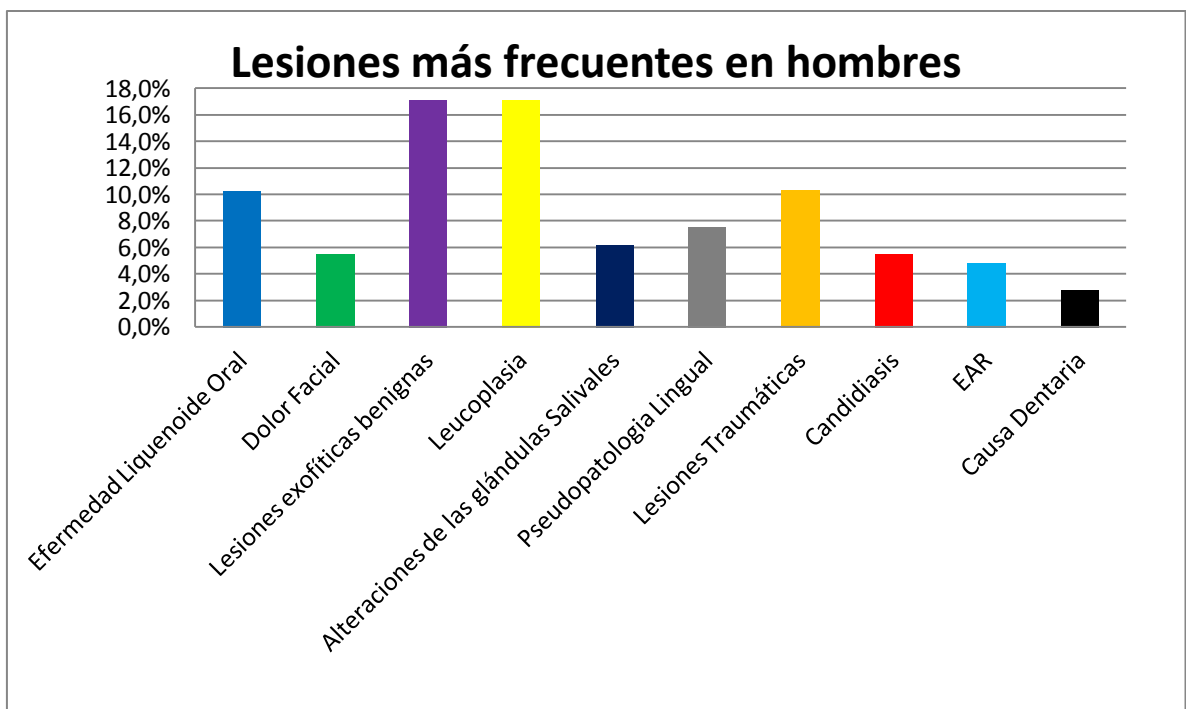


Figura 6. Las 10 lesiones más frecuentes en hombres.

DIAGNÓSTICO	EDAD (%)											
	99-90	89-80	79-70	69-60	59-50	49-40	39-30	29-20	19-10	9-0	ND	TOTAL
ELO		2	7	25	14	12	5	1	1		1	68
LPO		1	(3)	(12)	(9)	(4)	(3)	(1)	(1)		(1)	(35)
LLO		(1)	(4)	(13)	(5)	(8)	(2)					(33)
Dolor Facial		1	16	18	14	8	8		1			66
L.Exofíticas Benignas	1		7	7	7	12	7	4	5			50
Leucoplasia LVP			4	11	13	13	5					46
			(2)	(3)	(4)	(1)						(10)
A. Glándulas Salivales		1	7	6	5	5	1	5				30
P. Lingual		2	3	5	7	4	4	2				27
L.Traumáticas		1	4	4	8	6	1	1	2			27
Candidiasis			2	6	6	3	4	1				22
EAR			1		3		4	7	1	1		17
Causa Dentaria	1		2	1	3	3	1				1	12
L.Vesículo Ampollosas			1	4		1	1	1				8
Queilitis			2	2							1	5
L. por Virus			1	3		1						5
L. Óseas			1	1	1		1					4
L. Pigmentadas					1	1						2
L. por Bacterias					1							1
COCE y otros proc.malig				1								1
GDC				1								1
No patología				1		2		1				4
Otras			1	2	3	5						11
TOTAL	2(0.5)	7(1.7)	59(14.5)	98(24.1)	86(21.1)	76(18.7)	42(10.3)	23(5.7)	10(2.5)	1(0.2)	3(0.7)	407

Tabla 2. Distribución de las distintas patologías en función de la edad y el porcentaje de lesiones en cada década.

(): Número de casos dentro del grupo.
 ELO: Enfermedad Liquenoide Oral; LPO: Liqueen Plano Oral; LLO: Lesión Liquenoide Oral;
 LVP: Leucoplasia Verrucosa Proliferativa; L.: lesiones; A: Alteraciones; Proc. malig.: Procesos malignos.

PROCEDENCIA	Nº INDIVIDUOS	%
Recepción de pacientes	4	1,0
Pregrado	14	3,5
Posgrado	18	4,5
Seguros	0	0,0
Profesionales	331	83,6
Otros	15	3,8
Desconocidos	14	3,5
TOTAL	396	

Tabla 3. Procedencia de los sujetos.

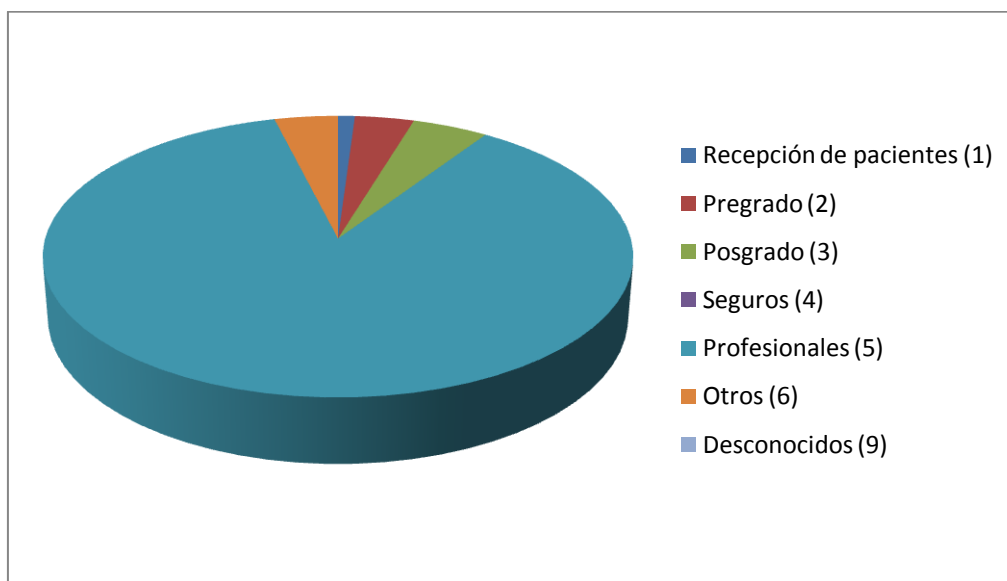


Figura 7. Procedencia de individuos.

DISCUSIÓN

Debido a la limitación en cuanto a la disponibilidad de recursos para realizar este tipo de estudios epidemiológicos, no existe una metodología establecida para llevarlos a cabo, lo que complica la comparación entre las diferentes poblaciones. Además, la influencia de variables como la raza, la edad, el sexo, los hábitos de vida, etc., provoca que los datos sean difícilmente extrapolables.

En nuestro estudio, los resultados muestran un mayor número de patologías en el sexo femenino, al igual que en otros estudios (7,16) y en contraposición a otros (8,9). De la misma manera, la frecuencia de las enfermedades de la mucosa oral fue mayor en los individuos de edad avanzada que en los jóvenes, coincidiendo con otros autores (27- 29).

Como consecuencia de las modificaciones que hemos realizado al formar los grupos diagnósticos y a que los pacientes que acuden a este departamento son remitidos por otros profesionales para la valoración de posibles casos de patología oral, existen diferencias entre nuestros resultados y los de otros autores. Otro factor a tener en cuenta es el tamaño de la muestra, que de la misma manera influye en los resultados.

Por todo esto, compararemos los resultados con estudios poblacionales por un lado, y por otro lado, con estudios realizados sobre pacientes que han acudido por presentar patología.

La **ELO** fue la entidad más frecuente con un 16.7%. Como consecuencia de que este término ha comenzado a usarse recientemente, para poder llevar a cabo una

comparación utilizaremos los resultados de LPO obtenidos por otros estudios. Según Silverman y cols. la prevalencia del LPO en la población general oscila entre un 0.9-1.2% (30). En un estudio de Bouquot y cols. (8), el LPO presentó una prevalencia de 0.11%, menor a la de la población chilena (2.1%) (11) y a la de la eslovena (2.3%) (18), pero similar a la frecuencia detectada en México con un 0.12% (9). Sin embargo, los estudios con una metodología semejante al nuestro, como son el de Sixto y cols. (7) y el de Jones y cols. (16), obtuvieron unos porcentajes de LPO, dentro del grupo de lesiones de la mucosa oral, de un 14.1% y un 18.8% respectivamente, acercándose a los resultados obtenidos en los trabajos realizados previamente por este departamento. Por el contrario, en un estudio realizado en un hospital de Sudán (15), el porcentaje de LPO fue de un 0.9%. Tanto en el estudio de Sixto y cols. (7) como en el de Jones y cols. (16) fue la segunda patología más frecuente, mientras que en el de Suliman y cols. (15) no estuvo entre las más importantes. Así, en el estudio realizado sobre los pacientes observados desde 1989 hasta 2001 (31), la frecuencia fue de 22%, algo menor que en los vistos desde 1996 a 2006 con un 16.6% (32). En relación al sexo la diferencia fue notable, afectando en mayor medida a las mujeres, coincidiendo con la mayoría de estudios (7, 9, 13,16) y discrepando con Bouquot y cols. (8) que obtuvieron un 0.12% en hombres frente al 0.11% en mujeres.

El segundo diagnóstico más frecuente fue el de **dolor facial** (16.2%), grupo formado fundamentalmente por el SBA. Este elevado porcentaje puede deberse a que la patología está aumentando y, a su vez, a que en nuestro departamento existe un sensibilización al problema ya que se ha investigado sobre ella a través de diferentes

tesis doctorales y artículos. En los anteriores trabajos obtuvimos un 9% (31) y un 12% (32), porcentajes inferiores pero que muestran el posible aumento de esta patología. En esto dos últimos trabajos, el SBA era una entidad individual que no incluía a otros procesos neurálgicos como si ocurre en el actual estudio, sin embargo, el porcentaje correspondiente a estos procesos es muy bajo por lo que no justifica el aumento observado. Cabe destacar que esta patología no se contempla en ninguno de los estudios que hemos revisado.

Las **LEB** representan el 12.3% de todas las lesiones, algo inferior al que obtuvimos en el estudio de 2001 (31), con un 14% y al de 2006 (32), con un 13.8%. El total de LEB obtenidas por Bouquot y cols. (8) fue un 37.4%, porcentaje superior al nuestro pero coincidiendo en que es uno de los grupos con mayor número de casos. En relación a estudios realizados sobre instituciones tenemos los porcentajes de Jones y cols. (16) con un 5.6% y los de Martínez y cols. (21) con un 4,6% (hemangiomas y fibromas).

La **leucoplasia** se presenta en la población mundial entre un 1% y un 5% dependiendo del país de estudio, siendo el “desorden potencialmente maligno” más frecuente de la cavidad oral (33). Los estudios realizados sobre población general coinciden en que la leucoplasia es una de las enfermedades de la mucosa oral más prevalentes. De esta manera, Bouquot y cols. (8) obtuvieron un 2.9%, siendo la lesión más frecuente en hombres y la segunda en mujeres. Por otro lado, en estudios similares al nuestro los resultados son semejantes, como el de Sixto y cols. (7) que obtuvieron un 15.5%, el de Moret y cols. (10) con un 15.24% ó el de Campisi y cols. (19) con un

13.8%, situándose la leucoplasia entre las lesiones de la mucosa oral más frecuentes en todos ellos. En el estudio de Campisi y cols, el estudio fue realizado sobre pacientes varones. En nuestros trabajos obtuvimos los siguientes resultados: en el actual estudio un 11.3% y en los anteriores un 7% (31) y 5.3% (32). De acuerdo con otros autores (8, 9, 13,18,) la frecuencia fue ligeramente mayor en hombres. Esta diferencia entre varones y mujeres ha disminuido pudiéndose deber a que en el hábito del tabaco se distribuya, hoy en día, de una manera similar entre ambos sexos, de manera que la leucoplasia podría tender en un futuro a afectar por igual a hombres y mujeres.

Tanto las **alteraciones de las glándulas salivales** como la **pseudopatología lingual** son entidades que reúnen diferentes patologías y esto supone que la comparación sea complicada ya que otros autores las analizan por separado. En el primer caso es frecuente ver a los mucocelos, el Síndrome de Sjögren o la xerostomía como patologías independientes, y en el caso de las pseudopatología lingual, ocurre lo mismo con lesiones como la lengua geográfica, la lengua fisurada o la glositis rómbica. En el actual estudio, la frecuencia de las alteraciones de las glándulas salivales fue de un 7.4%, similar al obtenido por Jones y cols. (16) con un 7.1% y superior al 5.3% obtenido por Sixto y cols. (7), coincidiendo con ambos estudios en el mayor número de casos en el sexo femenino. La pseudopatología lingual se presentó en un 6.6%, coincidiendo con Martínez y cols. (21), ya que éstos obtuvieron un 0.8% tanto de lengua geográfica como de lengua vellosa y uno 5% de lengua fisurada. En un estudio realizado en un colegio dental de la India (13), los porcentajes también fueron similares con un 8.05%, correspondiendo el 5.71% a lengua fisurada, el 1.5% a glositis rómbica media y el 0.84% a lengua geográfica. Por otro lado, Suliman y cols. (15) presentaron

unos valores muy superiores, siendo las lesiones linguales las más frecuentes con un 23.3%. Del mismo modo, en un estudio realizado en Eslovenia (18), la lengua fisurada fue muy prevalente, presentándose en el 21.1% de la población. Las alteraciones de las glándulas salivales y la pseudopatología lingual han aumentado su frecuencia en relación a los trabajos realizados anteriormente, donde se obtuvo un 2.5% de alteraciones de las glándulas salivales y un 2.2% de lengua geográfica y fisurada (31). La diferencia con este último grupo puede deberse a que en el actual estudio está constituido por mayor número de patologías.

Las **lesiones traumáticas**, como en el caso de las alteraciones linguales y la pseudopatología lingual, forman un grupo difícil de comparar. Así, Martínez y cols. (21) obtuvieron que el 4.7% de las lesiones correspondía a úlceras traumáticas, el 11.5% a queratosis friccional, el 6.8% a mucosa mordisqueada y el 10.1% a línea alba, constituyendo un total de 33.1%. De la misma manera, el 15.7% de las lesiones de la mucosa oral encontradas por Jones y cols. (16) correspondieron a hiperqueratosis y, en el caso de Mathew y cols. (13) el 5.79% a queratosis friccional. Suliman y cols. (15), al sumar todas las lesiones traumáticas, obtuvieron un 5.2%, algo superior al encontrado en un estudio sobre la población de eslovaca (18) con un 4.9%. Por otro lado, Campisi y cols. (19) obtuvieron un 9.2%. Al comparar estos resultados con nuestro porcentaje (6.6%) observamos que se asemeja al de los cuatro últimos estudios. En relación a los resultados que obtuvimos en 2001 (31) con un 2.7%, las lesiones traumáticas han aumentado. Esto podría deberse a que las parafunciones también lo haya hecho.

En el caso de la **candidiasis** obtuvimos un 5.4%. Este porcentaje es superior a los encontrados por Mathew y cols. (13) con un 3.07%, a los de Jones y cols. (16) con

un 2.8% y a los Castellanos y cols. (9) y Martínez y cols. (21) con un 2% cada uno. En relación a los resultados obtenidos anteriormente no se han observado grandes variaciones con un 4.8 (31) y un 6.1% (32).

En el caso de la **EAR**, encontramos estudios como el de Suliman y cols. (15), el de Martínez y cols. (21) y el de Mathew y cols. (13), que presentan un porcentaje inferior al nuestro, con un 2.9%, un 2.3% y un 2.1, respectivamente. Por el contrario, en un estudio realizado en Eslovenia (18) la prevalencia fue superior con un 9.7%. A diferencia de las lesiones traumáticas, el número de EAR ha disminuido en relación a los estudios publicados anteriormente, pasando desde un 11% (31) y un 4.9% (32) a un 4.2%. Esta disminución puede deberse a que hoy en día, las aftas no son únicamente tratadas por especialistas en medicina oral, sino que también las tratan otros profesionales como odontólogos generales o médicos de familia, e incluso en las farmacias recomiendan diferentes tratamientos.

El grupo **causa dentaría** se presentó en el 2.9% de los individuos observados. Este porcentaje es muy similar al encontrado por Sixto y cols. (7) con un 2.8% pero es inferior al de Jones y cols. (16) con un 10.4%.

En el caso de las **lesiones vesículo ampollasas**, nuestro porcentaje fue de un 2%, inferior al obtenido por Suliman y cols. (15) con un 4.1%, pero superior al obtenido por Jones y cols. (16) con un 0.3% correspondiente a lupus. A pesar de ello, observado el puesto que este grupo ocupa dentro de estos dos estudios, se coincide con ambos en que es un grupo poco frecuente. En relación a nuestros trabajos anteriores los resultados se han mantenido sin modificaciones.

El 1.2% que obtuvimos de **queilitis** es muy similar al 1.4% encontrado por Martínez y cols. (21), pero superior al de otros estudios, como el de Mathew y cols. (13) con un 0.58%, el de Suliman y cols. (15) con un 0.4% ó el de Sixto y cols. (7) con un 0.3%. Sin embargo, parece ser que se coincide con todos ellos en que esta entidad está entre las menos frecuentes.

Las **lesiones por virus** se presentaron en el 1.2% de los pacientes. Este porcentaje es inferior al encontrado por Martínez y cols. (21) con un 2.3% y superior al de Mathew y cols. (13) con un 0.58 y al de Suliman y cols. (15) con un 0.4%. Pero como en los casos anteriores, este grupo está entre los menos frecuentes. Por otro lado, las lesiones por virus se han mantenido sin modificaciones en relación a nuestros estudios.

Las **lesiones pigmentadas** presentan una gran variabilidad de resultados entre los diferentes autores. Por un lado, en estudios poblacionales, Bouquot y cols. (8) obtuvieron un 1.8%, similar al de Cebeci y cols. (20) con un 1.2%, y en el caso de estudios realizados en instituciones, Martínez y cols. (21) encontraron alguna pigmentación melánica en el 24.6% de sus pacientes, por el 6% y el 3.9% de Jones y cols. (16) y Suliman y cols. (15), respectivamente. En este caso, nuestro porcentaje fue de 0.5%, inferior a todos ellos.

El COCE y otros procesos malignos y la GDC, ambos con un 0.2%, han disminuido en relación a los índices obtenidos anteriormente con un 2 y un 1%, respectivamente. El 0.2% de la GDC se corresponde con el resultado obtenido por Sixto y cols. (7), y en el caso de los procesos malignos, el porcentaje coincide con el de

Suliman y cols. (15), y discrepa con el de Mathew y cols. (13), que con 1.7% supera al nuestro.

CONCLUSIONES

La patología oral más frecuente en la UCM es la ELO seguida del dolor facial y las lesiones exofíticas benignas.

La frecuencia de todas ellas es mayor en el sexo femenino y aumenta con la edad.

Los resultados se han mantenido sin grandes variaciones en relación a los estudios anteriores realizados por este departamento.

Por otra parte, el orden de frecuencia con que aparecen las diferentes patologías en nuestro trabajo, coincide generalmente, con el orden observado en estudios realizados en población general.

BIBLIOGRAFÍA

1. Harris CK, Warnakulasuriya KA, Cooper DJ, Peters TJ, Gelbier S. Prevalence of oral mucosal lesions in alcohol misusers in south London. *J Oral Pathol Med.* 2004; 33:253-9.
2. Erik P, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bulletin of the World Health Organization.* September 2005, 83 (9).
3. WHO Collaborating Centre for Oral Precancerous lesions. Definition of leucoplakia and related lesions. An aid study on oral precancer. *Oral Med Oral Surg Oral Pathol.* 1978; 46:518-39.
4. Warnakulasuriya S, Reibel J, Bouquot J, Dabelsteen E. Oral epithelial dysplasia classification systems: predictive value, utility, weaknesses and scope for improvement. *J Oral Pathol Med.* 2008; 37: 127–133.
5. Van der Waal I. Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa; terminology, classification and present concepts of management. *Oral Oncology.* 2009; 45: 317–323.
6. Raposo A, Monsalves MJ, Aravena P, Sanhueza A. Prevalence of Oral Mucosal Lesions at the Hernán Henríquez Aravena Hospital of Temuco. *Int. J. Morphol.* 2011; 29(2):622-627.

7. Sixto R, Diniz M, Torreira JC, García A, Gándara JM. Análisis de las biopsias orales realizadas entre los años 1995-2009, en una unidad de Medicina y Cirugía Oral de Galicia (España). *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2012; 17: 75-80.
8. Bouquot JE. Common oral lesions found during a mass screening examination. *J Am Dent Assoc*. 1986; 112:50-7.
9. Castellanos JL, Díaz-Guzmán L. Lesions of the oral mucosa: an epidemiological study of 23785 Mexican patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2008; 105:79-85.
10. Moret Yuli, Rivera Helen, Cartaya Melissa. Prevalencia de lesiones en la mucosa bucal de pacientes diagnosticados en el Laboratorio Central de Histopatología bucal “Dr. Pedro Tinoco” de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela durante el período 1968-1987. Resultados preliminares. *Acta odontol. Venez*. 2007; 45 (2).
11. Espinoza I, Rojas R, Aranda W, Gamonal J. Prevalence of oral mucosal lesions in elderly people in Santiago, Chile. *J Oral Pathol Med*. 2003; 32: 571-5.
12. Raposo A, Monsalves MJ, Aravena P, Sanhueza A. Prevalence of Oral Mucosal Lesions at the Hernán Henríquez Aravena Hospital of Temuco. *Int. J. Morphol*. 2011; 29(2):622-627.
13. Mathew AL, Pai KM, Sholapurkar AA, Vengal M. The prevalence of oral mucosal lesions in patients visiting a dental school in Southern India. *Indian J Dent Res*. 2008; 19:99-103.

14. Zain RB, Ikeda N, Razak IA, Axéll T, Majid ZA, Gupta PC et al. A national epidemiological survey of oral mucosal lesions in Malaysia. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1997; 25: 377-83.
15. Suliman N, Åstrøm A, Ali R, Salman H, Johannessen A. Oral mucosal lesions in skin diseased patients attending a dermatologic clinic: a cross-sectional study in Sudan. *BMC Oral Health.* 2011; 11:24.
16. Jones AV, Frankling CD. An analysis of oral and maxillofacial pathology found in adults over a 30-year period. *J Oral Pathol Med.* 2006; 35:392-401.
17. Weir JC, Davenport WD, Skinner RL. A diagnostic and epidemiologic survey of 15,783 oral lesions. *J Am Dent Assoc.* 1987; 115: 439–42.
18. Kovac̃-Kavc̃ic̃ M, Skaleric U. The prevalence of oral mucosal lesions in a population in Ljubljana, Slovenia. *J Oral Pathol Med.* 2000; 29: 331–5.
19. Campisi G, Margiotta V. Oral mucosal lesions and risk habits among men in an Italian study population. *J Oral Pathol Med.* 2001; 30:22-8.
20. Cebeci ARI, Gülşahi A, Kamburoğlu K, Orhan BK, Öztas B. Prevalence and distribution of oral mucosal lesions in an adult turkish population. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2009 Jun 1; 14 (6):E272-7.
21. Martínez AI, García-Pola J. Estudio epidemiológico de la patología de la mucosa oral en pacientes de la Escuela de Estomatología de Oviedo. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2002; 7 (1): 4-16.

22. Aguirre-Urizar JM. Letter to Editor: oral lichenoid disease. A new classification proposal. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2008; 13(4):E224.
23. van der Meij EH, van der Waal I. Lack of clinicopathologic correlation in the diagnosis of oral lichen planus based on the presently available diagnostic criteria and suggestions for modifications. *J Oral Pathol Med*. 2003; 32(9):507-12.
24. Cortés-Ramírez DA, Gainza-Cirauqui ML, Echebarria-Goikouria MA and Aguirre-Urizar JM. Oral lichenoid disease as a premalignant condition: the controversies and the unknown. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2009; 14(3):E118-E122.
25. Cortés-Ramírez DA. Análisis Histológico e Inmunohistoquímico de los Subtipos de Enfermedad Liquenoide Oral (tesis doctoral). Universidad del País Vasco. 2012.
26. Cerero R, Baladé D, Moreno LA, Esparza G, Bagán JV. Proliferative verrucous leukoplakia: A proposal for diagnostic criteria. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2010; 15 (6): 839-45.
27. Jainkittivong A, Aneksuk V, Langlais RP. Oral mucosal conditions in elderly dental patients. *Oral Dis*. 2002; 8:218-23.
28. Scott J, Cheah SB. The prevalence of oral mucosal lesions in the elderly in a surgical biopsy population: a retrospective analysis of 4042 cases. *Gerodontology*. 1989; 8:73-8.

29. Lin HC, Corbet EF, Lo EC. Oral mucosal lesions in adult Chinese. *J Dent Res.* 2001; 80:1486-90.
30. Silverman S, Gorsky M, Lozada-Nur F. A prospective follow-up study of 570 patients with oral lichen planus: Persistence, remission and malignant association. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1985; 60: 30-34.
31. Cancela P., Llamas S., Esparza G., Cerero R., Moreno L.A., Campo J. et al. Patología oral observada en la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid. *Gac Med Bilbao.* 2001; 98 (supl) Abstr. C-138.
32. Palacios B, Cerero R, Esparza GC, Campo J, Bascones A, Rodrigo MA et al. Patología oral observada en la Facultad de Odontología de la UCM. *Av Odontoestomatol.* 2007; 23:317.
33. Escribano M, Bascones A. Oral leukoplakia: Current considerations. *Av Odontoestomatol.* 2009; 25 (2): 83-97.

